

UNIVERSITÉ DE PARIS
FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER BICHAT

Année 1974

N°

THÈSE

72

pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

FRANÇOIS Michel, Marcel

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 11 Juin 1944, à Touquin (77).

Présentée et soutenue publiquement le

**OUVERTURE LARGE DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE
DANS LES VOIES BILIAIRES EXTRA-HÉPATIQUES.
A PROPOS DE 15 OBSERVATIONS.**

Président : Mr. LANGLOIS, Professeur.

DUPUYTREN - COPY
9, Rue Dupuytren
PARIS (6°)

1974

UNIVERSITÉ DE PARIS
FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER BICHAT

Année 1974

N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

FRANÇOIS Michel, Marcel

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 11 Juin 1944, à Touquin (77).

Présentée et soutenue publiquement le

**OUVERTURE LARGE DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE
DANS LES VOIES BILIAIRES EXTRA-HÉPATIQUES.
A PROPOS DE 15 OBSERVATIONS.**

Président : Mr. LANGLOIS, Professeur.

DUPUYTREN - COPY
9, Rue Dupuytren
PARIS (6°)

1974

UNIVERSITE DE PARIS
FACULTE DE MEDECINE AVER SICHAT

Année 1924

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Spécialité de Médecine)

par

FRANÇOIS MICHEL, Mancel

Présentée et soutenue le 10 Mars 1924

à la Faculté de Médecine de Paris



Président de la Faculté de Médecine de Paris

OUVERTURE LABORATOIRE DE RECHERCHES
DANS LES VUES BRILLANTES EXTRA-RECHERCHES
A PROPOS DE LA RECHERCHES

Président : M. FRANÇOIS, Mancel

IMPRIMERIE - COPIE

3, Rue de la Harpe

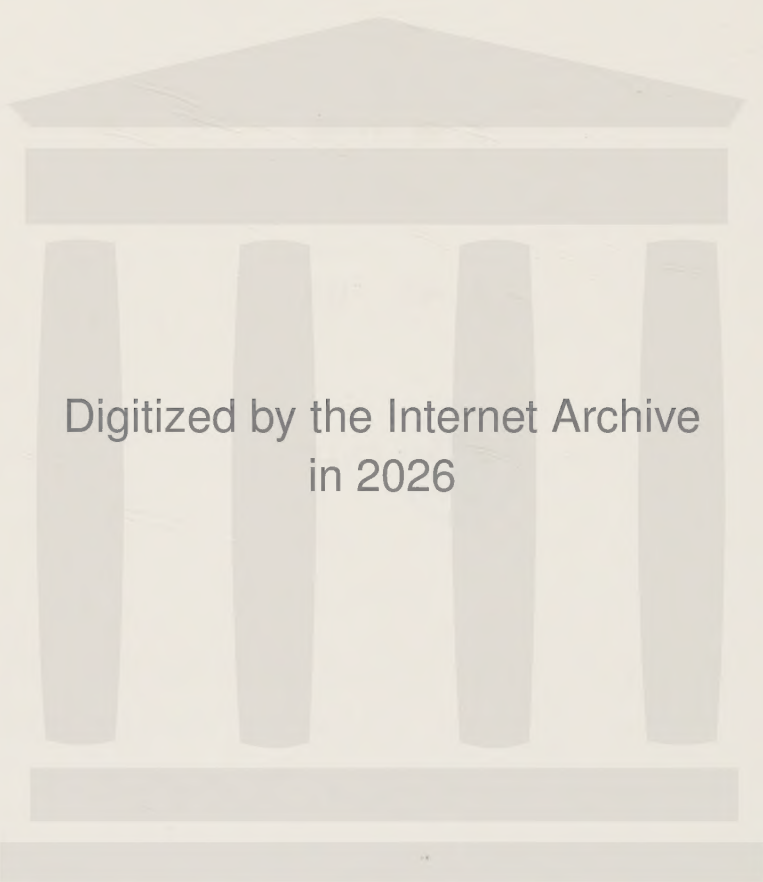
PARIS (5^e)

1924

A MA FEMME

A MON FILS

A MA FILLE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A TOUS LES MIENS

A Monsieur le Professeur LANGLOIS

Qui m'a fait l'honneur
d'accepter la présidence
de cette thèse.

A Monsieur le Professeur Agrégé P. TESTAS

dont l'impulsion amicale a
permis la naissance de cette
thèse.

A TOUS MES AMIS DE BICÊTRE

A Madame le Professeur G. HIDDEN

qui m'a aidé à approfondir
ma connaissance de l'ana-
tomie.

A MES MAÎTRES D'INTERNAT :

Monsieur le Docteur MICHELON (Saint-Germain)

Monsieur le Docteur BASSET (Mantes)

Monsieur le Professeur C. OLIVIER (Hôtel-Dieu)

Monsieur le Professeur MONOD-BROCA (Bicêtre)

Monsieur le Professeur Agrégé P. TESTAS (Bicêtre)

Monsieur le Professeur CERBONNET (Rothschild)

A MES MAÎTRES D'EXTERNAT :

Monsieur le Professeur LORTAT-JACOB (Beaujon)

Monsieur le Docteur GUENIN (Ambroise-Paré)

Monsieur le Professeur AZERAD (Beaujon)

Monsieur le Docteur DIRIARD (Argenteuil)

Monsieur le Docteur AUCLAIR (Argenteuil)

DANS LES VOIES BILIAIRES EXTRA-HEPATIQUES

 $\frac{5}{6}$

INTRODUCTION

=====

Les rapports du kyste hydatique du foie avec les voies biliaires posent des problèmes différents selon le type d'ouverture dans les voies biliaires.

En effet, le kyste hydatique du foie atteint toujours la paroi des voies biliaires. Les canalicules ou canaux biliaires, d'abord fissurés, puis ulcérés, sont toujours béants dans la zone périadventicielle, comme BOURGEON et PIETRI l'ont montré par des injections colorées au bleu de méthylène dans les voies biliaires extra-hépatiques.

Le but de notre travail est d'étudier l'ouverture large du kyste dans les voies biliaires extra-hépatiques, c'est-à-dire :

- canal hépatique droit,
- canal hépatique gauche,
- convergence ou canal hépatique commun,
- canal cholédoque,
- vésicule biliaire.

Pourquoi s'intéresser aux ouvertures larges des kystes hydatiques du foie dans les voies biliaires ?

a)- Parce que les accidents d'ictère par rétention, avec leur cortège de phénomènes infectieux, forcent la main au chirurgien.

b)- Parce que le diagnostic pré-opératoire n'est fait environ qu'une fois sur deux.

Une connaissance plus précise de cette complication des kystes hydatiques du foie devrait améliorer leur pronostic et fixer leur thérapeutique.

c)- Parce que le traitement qu'on y oppose n'est pas encore codifié et mérite discussion.

d)- Parce que les suites des thérapeutiques proposées ne sont pas toujours heureuses.

e)- Parce qu'enfin, la littérature concernant ces lésions est plutôt pauvre. C'est la raison d'être et le but de ce travail.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

=====

Il est connu que la fistulisation dans les voies biliaires intra-hépatiques est la plus fréquente des complications graves du kyste hydatique du foie. Par contre, la rupture du kyste dans les voies biliaires extra-hépatiques est rare.

Depuis plusieurs années, les auteurs discutent de l'intérêt des procédés opératoires qui doivent être appliqués.

Au point de vue fréquence, cette complication des kystes hydatiques du foie semble être de 2,3 p. 100 à 3,5 p. 100 (GUEDJ, KJURIAS).

Quant à la localisation anatomique de la fistule bilio-kystique, les chiffres donnés par DEVE, sur 240 cas, sont les suivants :

- Rupture dans les canaux droits	55 %
- Rupture dans les canaux gauches	29 %
- Rupture dans le canal hépatique commun	9 %
- Rupture dans le cholédoque	1 %
- Rupture dans la vésicule biliaire	6 %

On peut relever, dans une bibliographie qu'on ne saurait prétendre exhaustive :

- DARNAUD, en 1963, souligne un aspect clinique peu connu à l'occasion de l'évolution fatale de deux cas de kyste hydatique du foie rompu dans les voies biliaires.

- HARRIS J.D., en 1963, publie deux cas de rupture de kyste hydatique du foie dans les canaux hépatiques droits.

- GUEDJ P., en 1967, précise les diverses moda-

lités du traitement chirurgical du kyste hydatique du foie et de ses principales complications, à propos d'une statistique de 600 kystes opérés.

- KOURIAS, en 1967 et en 1968, à propos des complications principales des kystes hydatiques du foie, expose sa conception de leur thérapeutique.

- VARELA, en 1968, rapporte un cas, ainsi que NYQUIST et GOINARD, en 1969, et GRUSDIDIER, en 1970.

- H.M. AL HASHIMI, en 1971, dans une statistique irakienne de 32 cas, relève 3 observations d'ouverture large de kyste hydatique dans les canaux biliaires extra-hépatiques.

Pour clore ce survol de littérature sur les ruptures des kystes hydatiques dans les gros troncs biliaires, il convient d'ajouter deux observations personnelles qui sont l'origine et la base de ce travail et qui vont nous permettre d'approfondir la compréhension des lésions et de mieux préciser l'attitude thérapeutique.

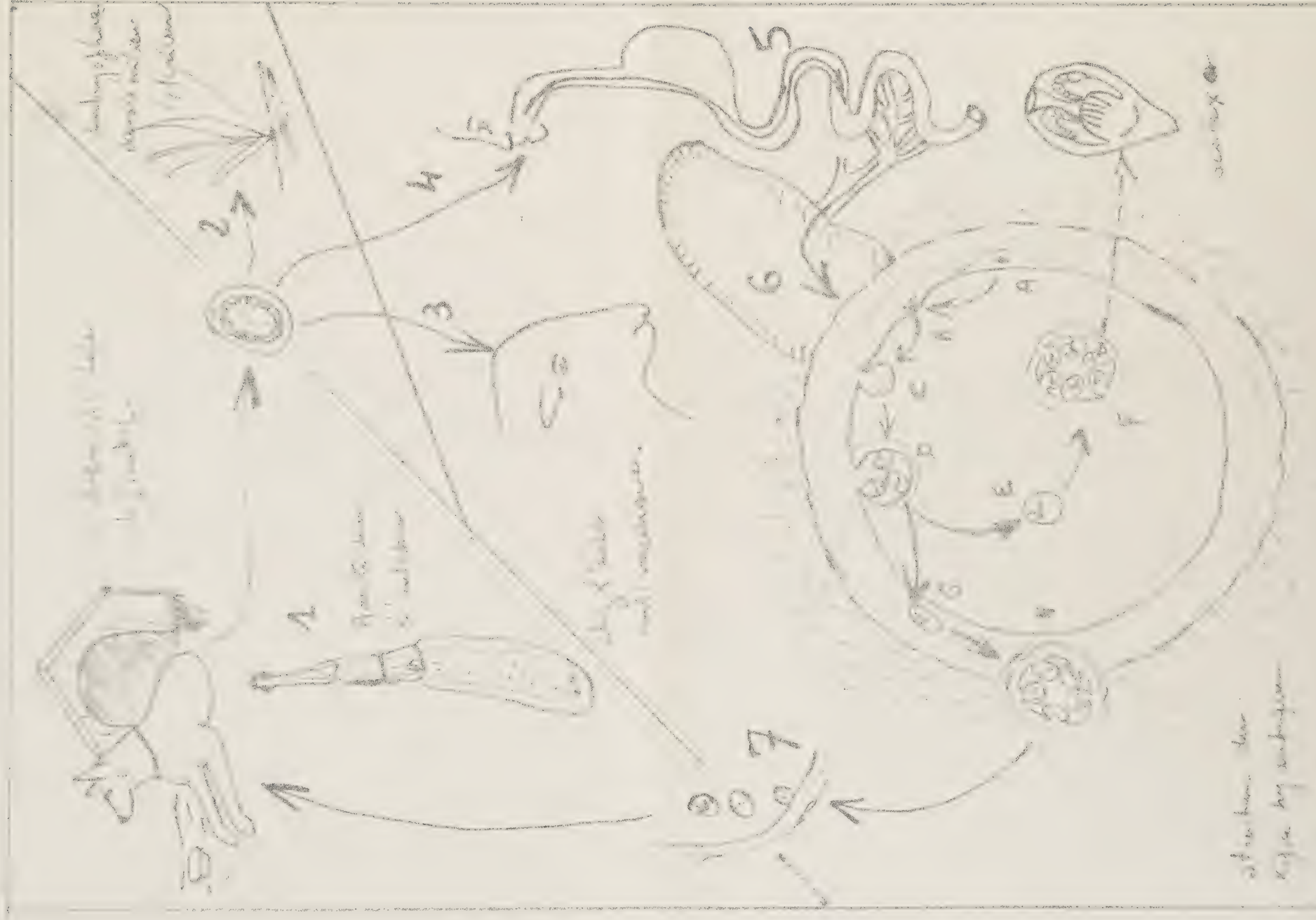
P A R A S I T O L O G I E

&

A N A T O M I E - P A T H O L O G I E

=====

CYCLE DE CONCEPTION D'UN PROJET



Un rappel parasitologique et anatomo-pathologique doit être à la base de toute réflexion sur les lésions de ce type.

L'échinococcose hépatique est due au développement, chez l'homme, du *Taenia echinococcus granulosus*, parasite, à l'état adulte, du chien. L'homme est un hôte intermédiaire accidentel.

I - ETIOLOGIE

Echinococcus granulosus se trouve, à l'état adulte, dans l'intestin du chien. On peut y trouver des milliers de vers. Les renards et les chats sont non réceptifs. Ce *Taenia* n'est jamais adulte chez l'homme.

Le dernier anneau d'*Echinococcus granulosus* est bourré d'oeufs. Lorsqu'il est émis par le chien, des milliers d'oeufs sont éjectés dans le monde extérieur. Ils peuvent contaminer :

- essentiellement le mouton ;
- mais aussi : bovins, porcs, chèvres, chameaux, chevaux, les herbivores sauvages, les cervidés, ..;
- il est exceptionnel que l'homme soit l'hôte intermédiaire.

Le mode de contamination est double :

= Contamination au contact du chien :

- soit que celui-ci ait léché le sujet ;

- soit tout simplement en le caressant. Les embryophores disséminés sur les poils souillent la main. Il suffit de la porter à la bouche pour que l'infestation soit réalisée.

Bien sûr, les enfants sont plus fréquemment atteints par ce mode de contamination. Cependant, l'échinococcose ne s'exprimera que vingt à trente ans après la contamination. Le kyste hydatique étant très long à se développer, le diagnostic en est fait chez l'adulte.

= La contamination peut se faire également par l'eau souillée de déjections et contenant des embryophores (boissons, lavages des légumes, des fruits et de la vaisselle).

II - REPARTITION GEOGRAPHIQUE

Elle est dominée par le contact entre le chien (hôte définitif) et le mouton (hôte intermédiaire).

La contamination humaine présente un facteur professionnel. Elle se fera chez les sujets au contact à la fois avec les chiens et les moutons (bergers, éleveurs, bouchers).

D'une façon générale, les grands foyers mondiaux correspondent aux zones d'élevage des moutons :

- Amérique : Amérique du sud, au sud du Tropique (Chili, Argentine, Uruguay) ;
- Australie et Nouvelle-Zélande ;
- Afrique :
 - Afrique du Nord, où ce sont les enfants qui sont le plus souvent contaminés, car l'Islam interdit le contact du chien et les adultes s'en écartent.
 - Afrique du sud.

- Pourtour du Bassin méditerranéen :

- . Moyen-Orient,
- . Grèce,
- . Espagne,
- . Italie.

- En France :

- . Pyrénées,
- . Landes,
- . Normandie,
- . Champagne.

III - CONSTITUTION D'UN KYSTE HYDATIQUE

L'embryophore, ayant été ingéré, parvient dans l'intestin où sa coque est dissoute.

Il en ressort un embryon hexacanthé, mobile, qui traverse la paroi intestinale et qui, par le système porte, gagne le foie (sa localisation essentielle). Dans trois ou quatre cas sur dix, il parvient au poulmon.

Plus rarement, il atteint le coeur gauche et, par la grande circulation, il peut se fixer n'importe où : muscles, reins, pancréas, péritoine, thyroïde et cerveau.

Une fois dans l'organe, l'embryon perd ses crochets et donne une larve hydatique qui va grandir lentement.

Après six mois, elle aura la taille d'une cerise. Au bout d'un an, elle aura celle d'une noix et devient fertile. Elle peut, par la suite, atteindre une très grande taille (du volume de la tête d'un enfant).

	MADELUNG	PEIPER	NEISSER
FOIE	69 %	66 %	50 %
POUMONS	11,9	9,94	7,40
CAVITE ABDOMINALE et ORGANES DU BASSIN	6,12	7,85	
PEAU et MUSCLE	8,12	8,37	
RATE	1,50	3,14	3
PLEVRE			1,9
APPAREIL CIRCULATOIRE			3,2
CAVITE CRANIOENNE			7,50
CANAL RACHIDIEN			1,94
REINS	3,50	4,18	8,90
PETIT BASSIN			4
ORGANES FEMELLES ET MAMELLES			4,90
ORGANES MALES			3,77
BOUCHE, ORBITE, FACE			2,30
COU			1,10
EPIPLOON			0,20

LOCALISATION DES KYSTES HYDATIQUES
(selon trois auteurs)

IV - STRUCTURE

Le kyste hydatique s'est ainsi constitué progressivement.

1^a) - La paroi est formée de deux membranes.

a) - Une membrane anhyste, cuticulaire, blanchâtre (aspect d'oeuf cuit). Elle est constituée de lamelles concentriques dépourvues de noyau.

Elle est très épaisse, servant aux échanges du parasite par phénomènes d'osmose ; mais elle est imperméable aux éléments figurés.

b) - Une membrane proligère ou membrane germinative. C'est un syncytium riche en noyaux.

Pendant longtemps, cette membrane ne produit rien. Puis, devenant fertile (12 mois), des bourgeons apparaissent.

Ce sont les capsules ou vésicules proligères, très nombreuses, réunies à la membrane proligère par un petit pédicule. Leur taille est de 250 à 500 microns.

Ces vésicules présentent une cavité où se forme une petite membrane proligère, sur laquelle se développent 10 à 20 scolex, généralement invaginés, se présentant sous la forme de masse ovoïde avec une couronne de crochets brillants en leur centre.

Des centaines, voire des milliers de scolex seront ainsi formés.

2^a) - Le liquide hydatique intra-kystique est transparent, eau de roche.

C'est un liquide stérile, mais qui peut facilement s'infecter. Sa composition est très complexe :

a- des protéines, grosses molécules d'albumine d'origine humaine, constituant la nourriture du parasite ;

b- des polysaccharides ultrafiltrables spécifiques du parasite.

3°)- Il peut se former des vésicules ou hydatides filles, reproduisant la structure de l'hydatide mère. Elles peuvent être endo ou exogènes, suivant qu'elles se forment à l'intérieur ou à l'extérieur du kyste.

Une vésicule fille endogène dérive de la transformation vésiculaire d'un scolex.

Une vésicule fille exogène est constituée d'une parcelle de membrane germinative. Elle se trouve localisée entre la membrane anhyste et la membrane germinative.

4°)- Enfin, située en dehors de la membrane anhyste, se trouve l'advantice ou périkyte.

C'est une membrane conjonctive de réaction produite par l'hôte. Elle constitue pour le chirurgien un plan de clivage.

Au niveau du foie, elle est bien individualisée. Le parenchyme hépatique est refoulé et comprimé par le kyste. Celui-ci, en rapport étroit avec les voies biliaires, entraîne une érosion progressive de la paroi canalaire qui aboutit à une perte de substance latérale au niveau du canal biliaire intéressé.

A ce stade, il n'y a pas de fistule kystique, parce que :

- la paroi parasitaire est saine et forme obstacle ;

- la pression intérieure du kyste est supérieure à celle qui règne dans les voies biliaires.

C'est l'infection qui fissure la membrane parasitaire et le liquide hydatique passe dans la voie biliaire.

La pression intra-kystique diminue dans le kyste suppuré. Il arrive un moment où la cavité kystique et les voies biliaires sont en libre communication. Dès lors, le risque est permanent du passage de débris parasitaires dans la voie biliaire principale qui pourraient bloquer le défilé oddien.

Les lésions sont d'ailleurs plus complexes, car le délicat mécanisme du sphincter d'Oddi est d'emblée altéré par le liquide parasitaire et par l'infection. Souvent, s'y associe une lithiase secondaire et parfois une réaction ganglionnaire péricholédocienne.

5°)- Enfin, outre le kyste hydatique primitif, il peut exister des kystes hydatiques secondaires. Ils sont la conséquence de la rupture de kystes hydatiques primitifs qui permet la greffe de scolex sur différents organes. Ces ruptures peuvent se faire :

a- dans le péritoine : chaque scolex se greffant sur le péritoine entraîne la formation d'un kyste hydatique.

Des milliers de kystes peuvent ainsi prendre naissance, réalisant une échinococcose péritonéale avec aspect de pseudo-tuberculose.

b- dans les vaisseaux : chaque scolex entraîné dans le courant sanguin peut se localiser en n'importe quel endroit de l'organisme (rate, reins, cerveau et cœur).

OUVERTURE LARGE DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE
DANS LES VOIES BILIAIRES EXTRA-[']HÉPATIQUES

=====

Nous verrons successivement :

- les observations cliniques ;
- la synthèse clinique, biologique, radiologique et thérapeutique, que suscite l'ensemble de ces observations.

I - LES OBSERVATIONS CLINIQUES.

Notre série comporte 15 observations : 13 ont été recueillies dans la littérature des dix dernières années ; 2 sont personnelles, recueillies dans le service du Professeur P. MONOD-BROCA, à l'Hôpital de Bicêtre, grâce à l'obligeance du Professeur agrégé P. TESTAS.

Il est intéressant d'analyser chacune d'elles.

OBSERVATION N° 1

Monsieur G... Jean-Roger, 45 ans, Sous-officier, robuste, ayant servi pendant trois ans en Afrique du Nord, présente, le 14 Octobre 1961, une crise de colique hépatique qui cède rapidement à l'administration d'antispasmodiques.

Après un intervalle libre de deux jours, dans

la nuit du 16 au 17 Octobre, alors qu'aucun examen complémentaire n'a encore été effectué, survient brutalement une crise d'oedème aigu du poumon (choc anaphylactique) rapidement mortel avant toute intervention thérapeutique.

L'autopsie montre la présence, au niveau du lobe droit du foie, de deux kystes hydatiques superficiels du volume d'une orange.

Le premier, à cheval sur le bord antérieur, contient un liquide eau-de-roche et de nombreuses vésicules filles.

Le second, siégeant sur la convexité du lobe droit, contient un liquide d'aspect biliaire et de très nombreuses vésicules proligères altérées. La fistule avec les canaux biliaires droits est affirmée en raison de la coloration du contenu du kyste et de la forte imprégnation de la cuticule par les pigments biliaires à l'examen anatomo-pathologique.

OBSERVATION N° 2

Monsieur F... Joseph, 55 ans, chauffeur dans une entreprise d'équarissage, n'a jamais quitté Toulouse et ne présente aucun antécédent pathologique notable.

Le 10 Juillet 1961, quelques heures après un traumatisme abdominal modéré, apparaît une éruption scarlatiniforme généralisée avec prurit intense et hyperthermie à 40° C. Tout disparaît rapidement sous l'influence d'un traitement à base d'antihistaminiques.

Une semaine plus tard, un ictère se constitue progressivement, en dehors de tout autre phénomène

prémonitoire. C'est un ictère franc, apyrétique, avec décoloration des selles et prurit important.

La réaction de Mac Lagan est normale. L'hémo-gramme montre une hyperléucocytose avec une éosino-philie à 9 %. L'urée sanguine est à 0,42 g/l et il n'y a pas d'albuminurie.

Un traitement à base d'extraits hépatiques, de corticoïdes et d'antibiotiques n'entraîne aucune amélioration et le malade est hospitalisé le 17 Août 1961.

L'ictère est alors très foncé et flamboyant, le prurit intense, mais l'état général paraît bon. La température est à 37° C.

A l'examen, le foie déborde de quatre travers de doigt et on perçoit, dans la région épigastrique, une tumeur isolée, arrondie, de 3 cm de diamètre environ, indolore et de consistance ferme. La surface hépatique est, par ailleurs, absolument lisse et régulière. Le reste de l'examen clinique est absolument normal .

L'absence de syndrome biologique, d'inflammation confirme la nature obstructive de l'ictère.

L'épisode érythrodermique, l'éosinophilie initiale et la tumeur épigastrique font évoquer une rupture de kyste hydatique du foie. La positivité de l'intradermoréaction de Casoni plaide en faveur de cette hypothèse. La radiographie sans préparation de l'hypochondre droit ne montre aucune image anormale.

L'urée sanguine monte à 2,4 g par litre et il existe une albuminurie à 0,70 g/l. Un syndrome hépatorenal évolue donc à bas bruit sous le couvert de l'antibiothérapie.

Malgré le traitement mis en oeuvre, l'hyperléucocytose persiste et l'azotémie augmente. Elle atteint 2,5 g/l le 19 Août, malgré une diurèse conservée et une concentration uréique urinaire normale.

L'intervention chirurgicale est décidée d'urgence, précédée d'une épuration rénale par rein artificiel.

Cette intervention montre l'existence d'une hépatomégalie de cholestase avec une vésicule biliaire flasque. La tumeur cliniquement perçue est bien un kyste hydatique cortical. L'exploration ne permet pas de percevoir d'autre formation kystique.

La cholangiographie per-opératoire montre un arrêt total de la substance de contraste à la partie haute de la voie biliaire principale.

On conclut donc à un ictère par obstruction, consécutif à l'ouverture dans les voies biliaires de ce kyste hydatique.

Le kyste est vidé de son contenu (membrane proligère et membrane anhyste) après formolisation. Le périkyste présente un pertuis de petite taille, par lequel s'écoule un peu de bile. On termine par une marsupialisation.

Les suites opératoires sont vite défavorables. Il ne s'écoule pas de bile et l'ictère ne varie pas. La mort survient rapidement.

L'autopsie montre qu'il existe en vérité quatre kystes hydatiques du foie :

- deux dans le lobe gauche, sans communication avec les voies biliaires (l'un d'eux est celui qui a été reconnu et traité chirurgicalement) ;

- deux dans le lobe droit : l'un petit, l'autre volumineux, largement ouvert dans le canal hépatique droit. C'est là le kyste effectivement responsable qui se situe dans la profondeur du lobe droit et qui est resté inaccessible à l'exploration per-opératoire. Les vésicules filles, en très grand nombre, obstruent le confluent des canaux hépatiques et rendent compte de l'ictère rétionnel.

OBSERVATION N° 3

Un homme de 20 ans est admis à l'Hôpital royal d'Adélaïde (Australie), en Juillet 1962.

Neuf jours avant son admission, il avait subi un traumatisme violent de l'hypochondre droit en jouant au football. Trois jours après cet accident, il ressent des douleurs abdominales à type de colique qui rapidement se localisent à l'hypochondre droit, avec des irradiations postérieures entre les deux épaules. Il est alors admis à l'hôpital de sa localité, puis transféré à Adélaïde deux jours plus tard.

A son arrivée, il se plaint d'anorexie, de vomissements et de ballonnement abdominal. En cinq jours, s'installe progressivement un ictère avec décoloration des selles et urines foncées.

L'interrogatoire retrouve la notion de kystes hydatiques traités chez des parents du malade ayant travaillé dans des bergeries en Tasmanie.

A la palpation de l'abdomen, on réveille une douleur au niveau de l'hypochondre droit. Le foie et la vésicule biliaire ne sont pas perçus.

Les examens complémentaires permettent d'objectiver la présence de sels et pigments biliaires dans les urines et une éosinophilie à 19 %.

Les tests biologiques hépatiques montrent un syndrome rétionnel pur. L'intradermoréaction de Casoni est positive.

Au dixième jour de son hospitalisation, il retrouve des vésicules filles hydatiques dans ses selles.

La radiographie de l'abdomen sans préparation montre une surélévation de la coupole diaphragmatique droite. L'artériographie hépatique ne permet pas de préciser les lésions.

Le diagnostic de rupture de kyste hydatique dans les voies biliaires est fait sur l'ensemble des éléments cliniques, biologiques et radiologiques.

Le malade est opéré par thoraco-phréno-laparotomie droite. La voie biliaire commune est modérément dilatée et une cholédocotomie permet de retrouver une multitude de vésicules filles dans la voie biliaire principale.

La cholangiographie per-opératoire pratiquée par le cystique après cholécystectomie montre qu'il existe une large communication entre le canal hépatique droit et le kyste hydatique.

Le kyste est ouvert et son contenu est aspiré après stérilisation au sérum salé hypertonique.

Il est pratiqué alors une périkystectomie emportant complètement le périkyste. La voie biliaire commune est drainée par un drain de Kehr. La cavité restante à la face inférieure du foie est drainée par une lame.

Dans les suites post-opératoires immédiates, une fistule biliaire assez importante est drainée par la lame mise en place dans la cavité résiduelle, tandis que le drain de Kehr ne ramène rien. Celui-ci est retiré à la deuxième semaine. La fistule se tarit progressivement en trois semaines. Il est à signaler une hémorragie de faible abondance de la cavité résiduelle extériorisée par la lame au dixième jour, et une atélectasie du poumon droit avec réaction pleurale.

Ces complications ont réagi rapidement au traitement et le malade est sorti guéri de l'hôpital un mois après l'intervention chirurgicale.

OBSERVATION N° 4

Un jeune homme de 19 ans, d'origine grecque, vivant en Australie depuis un an, est admis à l'hôpital en Février 1963 pour cholécystite. Il est traité alors par les antibiotiques et les antispasmodiques.

Un mois plus tard, il est réadmis pour ictère rétentionnel et le diagnostic de lithiase biliaire est retenu.

A l'intervention, la voie biliaire principale est très dilatée et deux kystes hydatiques du foie sont retirés. La voie biliaire principale est drainée par un drain de Kehr retiré une semaine après l'intervention.

Deux jours après l'ablation de ce drain, le malade se plaint de douleurs de l'hypochondre droit et présente un tableau d'angiocholite.

Une réintervention est décidée en urgence. Dans la voie biliaire principale, on retrouve des débris de membranes prolifères et des vésicules filles qu'on enlève. La cholédotomie est refermée sur un nouveau drain de Kehr.

Le malade est alors dirigé sur l'Hôpital général de Queen Elisabeth (Australie), pour une fistule biliaire.

A l'examen, il présente un ictère franc et généralisé. Ses urines contiennent des sels et des pigments biliaires. Ses selles sont totalement décolorées.

Les examens complémentaires montrent une éosinophilie à 9 % et un syndrome biologique rétentionnel pur.

La cholangiographie pratiquée par le drain de

Kehr montre une dilatation considérable de la voie biliaire principale, laquelle contient de nombreuses vésicules filles.

Une nouvelle intervention est décidée. Après une dissection difficile du pédicule hépatique, il est retrouvé un kyste hydatique passé inaperçu lors des précédentes interventions, juste contre la veine porte.

Le kyste est stérilisé à l'aide de sérum salé hypertonique et son contenu est aspiré. On évacue toutes les vésicules filles qui se trouvent dans la voie biliaire principale.

Une nouvelle cholangiographie est pratiquée. Elle montre un bon passage du produit de contraste dans le duodénum et l'existence d'une communication entre le kyste et le canal hépatique droit.

Après résection du dôme saillant, il est réalisé une sphinctérotomie et le cholédoque est refermé sur un drain de Kehr. La cavité restante est drainée par un gros drain de caoutchouc.

Les suites post-opératoires sont troublées au cinquième jour par un iléus paralytique qui cède à la réanimation.

L'état général médiocre de ce malade, qui a subi trois interventions chirurgicales en l'espace d'un mois, nécessite la confection d'une jéjunostomie d'alimentation qui permet de récupérer un état général plus satisfaisant.

Le drain de Kehr et le drainage de la cavité restante sont retirés à la troisième semaine, après une cholangiographie de contrôle qui a montré un excellent passage duodénal et une régression de la dilatation des voies biliaires.

OBSERVATION N° 5

Monsieur O. O..., Argentin, âgé de 43 ans, sans antécédents particuliers, est traité le 4 Octobre 1964 pour une crise de colique hépatique qui cède sous antibiotiques et antispasmodiques.

La radiographie de l'abdomen sans préparation et la cholécystographie pratiquée au décours de la crise montrent l'existence de calculs vésiculaires multiples. Une cure chirurgicale de cette lithiase biliaire est proposée au malade qui la refuse.

Dix-neuf jours plus tard, un ictère fébrile s'installe, avec coloration brune des urines et décoloration des selles.

La palpation de l'abdomen réveille une douleur au niveau de l'hypochondre droit.

Les examens complémentaires objectivent un syndrome biologique de rétention typique sans éosinophilie.

Le diagnostic de lithiase cholédocienne est posé.

Le malade est opéré le 25 Octobre 1964. A l'ouverture du cholédoque, des vésicules filles hydatiques font issue spontanément. On recherche alors un kyste hydatique du foie qui est retrouvé à la partie postéro-supérieure du lobe droit.

La stérilisation du kyste est réalisée par l'application de sérum salé hypertonique et son contenu est aspiré.

La fistule kysto-biliaire entre le canal hépatique droit et le kyste est affirmée par le passage d'un petit drain de caoutchouc au travers de l'orifice de la fistule.

Cet orifice est suturé et un drain de Kehr est

mis en place dans le cholédoque. Le drainage de la cavité restante est assurée par une sonde de Pezzer après cholécystectomie.

Les suites opératoires sont simples. Le drain de Kehr est retiré au quatrième mois, après une cholangiographie de contrôle.

Des fistulographies sont effectuées périodiquement par la sonde de Pezzer. Elles montrent l'involution de la cavité restante et la sonde de Pezzer est retirée au dixième mois.

Le malade sort guéri le 3 Août 1965 (11ème mois).

OBSERVATION N° 6

Madame S. O..., jeune femme grecque, de 34 ans, présente, en 1964, un tableau d'angiocolite grave.

Le diagnostic d'ictère chirurgical est posé sans autre examen.

L'intervention permet de pratiquer une cholangiographie qui montre une voie biliaire principale dilatée et remplie de vésicules filles hydatiques.

On retrouve un kyste hydatique du lobe droit largement fistulisé dans le canal hépatique droit.

La stérilisation du kyste est pratiquée. Elle est suivie d'une résection du dôme saillant.

Le drainage de la cavité hydatique est assuré par un long drain transpapillaire dont la branche supérieure draine la cavité restante par l'intermédiaire de la fistule et dont la branche inférieure traverse le sphincter d'Oddi. De ce fait, les pertes biliaires post-opératoires sont très modérées.

Les suites post-opératoires ne sont pas rapportées dans cette observation.

OBSERVATION N° 7

Madame S. M..., algérienne, âgée de 24 ans, est hospitalisée pour ictère chirurgical variable d'un jour à l'autre, sans décoloration des selles. L'apyrexie est totale. Les tests biologiques, hormis le syndrome rétionnel, sont normaux.

On note dans les antécédents des crises fréquentes de colique hépatique depuis deux ans.

A l'intervention, le foie est énorme, cholestatique. La vésicule "en érection", prête à la rupture, contient 110 cm³ de bile blanche.

Le canal cystique et les voies biliaires extra-hépatiques sont véritablement incarcérés dans un bloc adhérentiel sous-hépatique, à travers lequel on aperçoit, émergeant à peine, la circonférence inférieure d'un kyste occupant la région hilare et totalement enchâssé dans le lobe gauche.

La ponction-aspiration ramène un magma hydatique bilieux. Le kyste a les dimensions d'un gros pamplemousse et, à la partie inférieure de l'endokyste on découvre l'orifice béant du canal hépatique commun, à travers lequel on peut explorer la totalité de la voie biliaire principale jusqu'à la papille.

On se contente de tunelliser simplement le kyste en respectant le large abouchement de la voie biliaire principale.

Les suites sont simples et la malade sort guérie au quinzième jour.

OBSERVATION N° 8

Madame Z. R..., âgée de 29 ans, est admise à l'hôpital d'Asti (Italie), le 27 Juillet 1966, pour une crise de colique hépatique.

Cette malade est originaire de la Sardaigne et elle ne vit dans le nord de l'Italie que depuis trois ans. Dans ses antécédents personnels, on peut relever l'existence de crises douloureuses de l'hypochondre droit de plus en plus fréquentes depuis six ans.

Au troisième jour de son hospitalisation, après une recrudescence des douleurs, un ictère fébrile s'installe, accompagné de prurit. Les selles sont décolorées et les urines foncées.

L'examen, chez cette malade en bon état, retrouve un ictère généralisé.

La palpation de l'abdomen réveille une douleur du creux épigastrique et de l'hypochondre droit, au niveau duquel on perçoit une masse ferme.

Le tubage duodénal ramène un peu de bile.

Le reste de l'examen clinique est normal.

La radiographie de l'abdomen sans préparation et le transit oeso-gastro-duodénal ne montrent pas d'anomalie.

Les examens biologiques objectivent un syndrome cholestatique pur et une éosinophilie à 2 %.

Le diagnostic de lithiase du cholédoque est alors posé.

A l'intervention, on retrouve une vésicule biliaire tendue sans lithiase. Le cholédoque est dilaté et rempli de vésicules filles hydatiques qui font issue lors de la cholédocotomie.

Le kyste hydatique est retrouvé et la fistule entre le kyste et le canal hépatique droit est objectivée par le passage d'un cathéter à travers l'orifice de communication.

Une cholécystectomie est pratiquée. Une toilette minutieuse du cholédoque permet l'ablation de tous les débris hydatiques. La voie biliaire est drainée par un drain de Kehr à longue branche inférieure transpapillaire après la réalisation d'une sphinctéroplastie.

Les suites opératoires sont simples. Le drain de Kehr est retiré au soixantième jour et la guérison est obtenue à la fin du deuxième mois.

Revue un an plus tard, la malade est cliniquement guérie et la cholangiographie de contrôle est normale.

OBSERVATION N° 9

Monsieur J. B..., français, âgé de 70 ans, présente, en 1966, un ictère et une tumeur de l'hypocondre droit.

Dans ses antécédents, on note un kyste hydatique du foie opéré en 1951, des kystes hydatiques péritonéaux opérés en 1956, 1960 et 1963.

A l'examen, ce malade se présente comme un balafré de l'abdomen.

A la palpation, on ne retrouve pas de tumeur hépatique (celle-ci ayant été perçue par son médecin avant son hospitalisation).

Les tests hépatiques sont normaux, si ce n'est un syndrome rétentionnel.

La cholangiographie intraveineuse montre un cholédoque très dilaté avec une image d'obstruction au niveau du sphincter d'Oddi ; mais il est difficile de dire s'il s'agit d'une lithiase biliaire ou d'une récive d'un kyste hydatique.

La scintigraphie hépatique pré-opératoire montre un lobe droit normal et une lacune très importante du lobe gauche.

Il est pratiqué alors une laparotomie, qui montre que le foie gauche est le siège d'une tuméfaction dure et calcifiée, de la taille d'une grosse orange.

La cholangiographie per-opératoire objective alors la présence de vésicules filles dans la voie biliaire principale.

Il est alors pratiqué une cholédocotomie qui permet l'ablation des vésicules filles. La fistule est située entre le canal hépatique gauche et le kyste.

Dans ces conditions, on réalise une hépatectomie gauche vraie. La voie biliaire principale est drainée

par un drain de Kehr après une large sphinctérotomie.

Les suites post-opératoires sont simples. Le malade sort au vingt-cinquième jour, après ablation du drain de Kehr.

Le patient ne pose aucun problème jusqu'au mois de Mai 1969 (4 ans), date à laquelle il revient consulter pour une altération de l'état général, des douleurs abdominales diffuses et de la constipation.

A l'examen de l'abdomen, on note un foie normal et la présence d'une tumeur située dans la fosse iliaque gauche. Cette tumeur est dure, arrondie et du volume d'une orange.

Le lavement baryté montre une compression extrinsèque du colon gauche et une sigmoïdite.

Le diagnostic de kyste hydatique péritonéal est alors posé, mais le malade refuse l'intervention.

OBSERVATION N° 10

Une jeune femme de 30 ans, d'origine algérienne, vivant à Lyon depuis onze ans, entre à l'hôpital pour un gros foie fébrile.

Un subictère apparaît, puis un ictère par rétention très franc.

Les examens biologiques sont peu convaincants.

La laparoscopie ne montre pas d'aspect caractéristique. Mais la scintigraphie hépatique indique une grosse plage muette dans le lobe gauche.

Le diagnostic de kyste hydatique ouvert dans les voies biliaires paraît le plus vraisemblable.

A l'intervention, la vésicule est énorme et contient un pus brunâtre à colibacilles.

La voie biliaire principale, plus grosse qu'un pouce, ne contient pas de bile, mais du pus franc.

La ponction du lobe gauche ramène du pus, mais aussi des débris de membranes. Il s'agit bien d'un kyste hydatique du lobe gauche suppuré. Le parasite n'est pas probablement entièrement mort. La poche est évacuée et formolée.

L'exploration au doigt perçoit une perforation dans laquelle, entre l'extrémité de l'index et qu'une cholangiographie par le cystique après cholécystectomie montre en communication avec le canal hépatique gauche.

On n'observe aucun passage dans le duodénum. Il est réalisé une sphinctéroplastie, permettant de retirer une membrane hydatique pelotonnée dans l'ampoule de Vater qu'elle obturait hermétiquement.

Après une toilette minutieuse de la voie biliai-

re, on décide de refermer le kyste de la taille d'un pamplemousse, comptant sur la fistule biliaire pour le drainer, n'y laissant qu'une sonde de Nélaton, par prudence.

Les suites opératoires sont simples. La fièvre cesse en deux ou trois jours. L'ictère diminue et disparaît en dix à douze jours.

L'opérée est guérie au quinzième jour.

OBSERVATION N° 11

Madame A. X..., âgée de 55 ans, est hospitalisée le 23 Janvier 1970, pour un ictère par rétention évoluant depuis quinze jours, avec des crises douloureuses et fébriles de l'hypochondre droit.

Dans les antécédents, on note essentiellement une hydatidose hépatique, pour laquelle elle a été opérée au Maroc en 1955.

Nous n'avons pas de précisions quant à la nature de l'acte chirurgical qui semble avoir consisté, étant donné les constatations opératoires, en une résection du dôme saillant avec épiploplastie.

Depuis cette intervention, la malade était en excellent état, et l'on pouvait estimer qu'elle était définitivement guérie de sa parasitose.

A l'entrée, la malade présente un ictère franc, cutanéomuqueux, de type rétentif, clinique et biologique.

L'examen de l'abdomen révèle un hypochondre droit sensible. Enfin, il existe une hépatomégalie prédominant sur le lobe gauche.

Ce tableau clinique fait plutôt envisager une origine lithiasique, sans que l'on puisse toutefois l'affirmer.

Ce doute diagnostique et les antécédents conduisent à compléter les investigations.

L'artériographie sélective du tronc cœliaque met en évidence une hypertrophie du lobe gauche et une absence d'opacification des segments VI et VII.

La scintigraphie hépatique corrobore l'artériographie en montrant l'hypertrophie gauche et un trou

de fixation à la partie postéro-externe du foie droit.

S'agit-il d'un aspect séquelle de la première intervention, auquel cas la lithiase est vraisemblablement la cause de l'ictère ? Ou s'agit-il d'un élément lésionnel évolutif responsable des manifestations cliniques ? Il est difficile de conclure. L'indication opératoire est portée.

A l'intervention, on note un foie hypertrophique et un lobe droit de petit volume, très modifié dans son aspect, sur lequel est plaquée la moitié droite du grand épiploon, avec interposition interhépato-diaphragmatique de l'angle droit du colon.

La vésicule paraît saine et le cholédoque n'est pas dilaté. Une première cholangiographie transvésiculaire montre une image cupuliforme au niveau de la convergence, sans que l'on perçoive au palper du hile une lésion évidente. La difficulté d'interprétation de cette image conduit à pratiquer une seconde cholangiographie transparenchymateuse hépatique qui donne la clé du diagnostic.

En effet, l'image cupuliforme de la convergence a disparu, alors qu'il existe un aspect lacunaire du bas cholédoque. D'autre part, on injecte une grande cavité kystique au niveau du lobe droit. Il s'agit sans nul doute d'un kyste hydatique fistulisé dans les voies biliaires. L'obstacle cholédocien correspond très vraisemblablement à des vésicules hydatiques.

Une cholédocotomie est pratiquée. On extrait trois vésicules filles. On recherche la cavité kystique et l'orifice de communication à l'aide d'un cathéter de Fogarty. Ouverture du kyste qui occupe pratiquement tout le lobe droit. On retrouve le cathéter et la communication qui correspond à une fistule à plein canal avec l'hépatique droit.

Résection de la cavité, ce qui conduit pratiquement à une hépatectomie droite et suture du canal hépatique droit. On termine l'intervention par une

cholécystectomie et la mise en place d'un drain de Kehr dans le cholédoque.

Les suites opératoires sont tout à fait simples et l'ictère régresse rapidement.

Revue deux mois plus tard, la malade est en excellent état de santé.

o o

OBSERVATION N° 12

Une femme de 40 ans est admise à l'Hôpital de l'Université de Bagdad, pour ictère et douleurs abdominales évoluant depuis trois semaines.

A l'examen de cette malade ictérique, on retrouve une douleur provoquée au niveau de l'hypochondre droit, ainsi qu'une hépatomégalie.

Les urines sont foncées et les selles totalement décolorées.

Les examens biologiques objectivent une éosinophilie à 10 % et un syndrome biologique de cholestase pure. L'intradermoréaction de Casoni est positive.

Le diagnostic pré-opératoire est celui d'une lithiase du cholédoque ou d'une rupture de kyste hydatique du foie dans les voies biliaires.

A l'intervention, le foie est augmenté de volume. La vésicule est vide et la voie biliaire principale est très dilatée.

La cholédocotomie permet l'issue de nombreuses vésicules hydatiques filles.

La cholangiographie per-opératoire montre une fistule entre le kyste et le canal hépatique droit. On stérilise le kyste et on résèque le dôme saillant. Un drain de Kehr est mis en place après cholécystectomie.

Le drain de Kehr est retiré à la troisième semaine. Revue au troisième mois, la malade est guérie.

OBSERVATION N° 13

Un fermier irakien de 25 ans est hospitalisé pour un ictère douloureux évoluant depuis deux semaines.

Il est d'abord traité par des médications symptomatiques qui font céder la douleur ; mais l'ictère persiste. Au cours de la deuxième semaine d'hospitalisation, il ressent brutalement une douleur aiguë au niveau de l'hypochondre droit. Cette crise dure plusieurs heures.

Quelques jours plus tard, le malade émet des selles contenant "des tissus jaunes", selon ses dires.

Son état général s'aggrave, tandis que l'ictère régresse.

A l'examen de l'abdomen, on perçoit une masse de l'hypochondre droit avec une défense localisée. Cette masse est sonore.

Les radiographies de l'abdomen sans préparation montrent la présence d'un niveau liquide dans le lobe droit du foie.

Les examens biologiques objectivent une anémie et une hyperleucocytose. L'intradermoréaction de Cassoni est positive.

L'ensemble de ce tableau permet de poser le diagnostic de rupture de kyste hydatique du foie dans les voies biliaires, avec suppuration récente.

A l'intervention, le kyste hydatique est retrouvé dans le lobe droit. Il est stérilisé. L'aspiration du contenu ramène deux litres de pus et de débris hydatiques.

La cholangiographie per-opératoire objective la

fistule entre le canal hépatique droit et le kyste.

La cavité kystique est drainée à la peau par un gros drain de caoutchouc.

Les suites opératoires sont simples. Le drain est retiré quelques jours après l'intervention et la cavité résiduelle se ferme spontanément.

Revu trois mois plus tard, ce malade est guéri.

OBSERVATION N° 14

Une jeune femme irakienne de 35 ans est admise à l'hôpital pour un ictère rétionnel évoluant depuis un mois.

Elle se plaint d'une pesanteur de l'hypochondre droit.

A l'examen clinique, outre l'ictère généralisé, on retrouve une masse tendue, arrondie, de 10 cm de diamètre, au niveau de l'hypochondre droit. Le foie est sensiblement augmenté de volume.

Les examens complémentaires objectivent une anémie avec une éosinophilie à 6 % et un syndrome biologique de rétention pure. L'intradermo réaction de Cassoni est positive.

Il est retrouvé des sels et des pigments biliaires dans les urines. Les selles sont totalement décolorées.

Devant ce tableau, on envisage le diagnostic d'ictère lithiasique ou d'ictère hydatique.

A l'intervention, il est retrouvé un kyste hydatique du lobe droit. La voie biliaire principale est très dilatée.

La cholécotomie permet de retrouver de nombreuses vésicules filles dans la voie biliaire principale.

Le kyste hydatique est stérilisé et la cholangiographie per-opératoire permet d'objectiver la fistule biliaire entre le canal hépatique droit et le kyste.

Il est pratiqué une résection du dôme saillant sans drainage.

La voie biliaire est drainée par un drain de Kehr.

Les suites post-opératoires sont simples. Il est procédé à l'ablation du drain de Kehr dans les jours qui suivent l'intervention.

La patiente, revue trois mois plus tard, est guérie.

OBSERVATION N° 15

Monsieur D..., Algérien, âgé de 36 ans, résidant en France depuis douze ans, exerçant le métier de manoeuvre dans le bâtiment, est hospitalisé en urgence en médecine, pour une perte de connaissance de quelques minutes survenue après son petit déjeuner, précédée de malaise, de céphalées, de vertiges, de diplopie et de sueurs.

Lors de l'arrivée du malade à l'hôpital, l'état de conscience est normal. L'examen clinique n'objective aucune anomalie.

Les explorations neurologiques reviendront normales. Du fait de l'absence d'étiologie évidente, on a conclu à une hypoglycémie.

En fait, le problème est rapidement dominé par la constatation, lors de l'examen du malade, d'un ictère isolé. L'interrogatoire n'apporte que la notion de l'ancienneté de cet ictère et d'existence d'un prurit passager. On ne retrouve aucun antécédent pathologique.

L'examen clinique, et en particulier la palpation de l'abdomen, est normal.

Les premiers examens biologiques attirent l'attention. La numération-formule sanguine montre une éosinophilie à 10 %. La vitesse de sédimentation est accélérée (17-41).

Surtout, le bilan biologique hépatique montre un syndrome rétionnel associé à une cytolycse discrète. Il n'y a pas d'insuffisance hépato-cellulaire ni de syndrome inflammatoire.

Dès lors, les explorations sont centrées sur ce syndrome de cholestase. La recherche d'antigène Australia est négative. Il n'y a pas de notion d'hépatite toxique.

Les 10 % d'éosinophiles, l'origine du malade et le peu de signes cliniques orientent vers une étiologie parasitaire.

Dans les selles, il n'est pas retrouvé de vésicule hydatique. L'intradermoréaction de Casoni est négative.

La radiographie de l'abdomen sans préparation permet d'objectiver la présence de calcifications de l'hypochondre droit, en dehors de D-11 et D-12 et en avant du rachis, et n'ayant pas l'aspect d'une lithiasse.

La cholécystographie par voie orale, pratiquée lors d'une rémission de l'ictère, montre une vésicule en bissac sans calcul visible. La voie biliaire principale n'est pas opacifiée.

La cholangiographie intra-veineuse ne montre aucune opacification des voies biliaires.

Seule, la cholangiographie rétrograde par cathétérisme de la papille sous duodénoscopie apporte des renseignements de valeur. La vésicule est opacifiée et l'absence de lithiasse est confirmée. Le cholédoque apparaît normal, ainsi que les voies biliaires droites. Le canal hépatique gauche semble dévié et il se produit une fuite du produit opaque diffuse dans la région des calcifications de l'hypochondre droit.

La scintigraphie hépatique montre un petit lobe gauche avec une lacune proche de la région hilare. Le lobe droit est vertical et fixe bien l'or radioactif.

L'artériographie sélective du tronc caelique et de l'artère mésentérique supérieure n'apporte aucun élément.

Au terme de ces examens complémentaires, l'éosinophilie, la rétention biliaire extra-hépatique, la présence de calcification de l'hypochondre droit, les

données de la cholangiographie rétrograde et de la scintigraphie hépatique font poser, malgré la sérologie négative, le diagnostic de kyste hydatique du foie rompu dans les voies biliaires.

A l'intervention, le diagnostic est confirmé. Le kyste siège sur le hile et déborde sur le foie gauche. La dissection permet d'objectiver qu'en fait, il est situé juste au niveau de la convergence. Les canaux hépatiques droit et gauche y débouchent ; le canal hépatique commun s'y jette également.

Vis-à-vis du kyste, il est pratiqué une formolisation et l'ablation de la membrane proligère. Après résection du dôme saillant, le rétablissement de la continuité des voies biliaires est effectué par une anse en Y montée à la Roux sur la convergence.

Les suites opératoires sont simples et satisfaisantes. Le malade, suivi jusqu'à ce jour, va tout à fait bien.

II - S Y N T H È S E .

La lecture de ces quelques observations d'origines très diverses permet d'esquisser :

- une physionomie clinique ;
- des critères biologiques et radiologiques ;
- et une attitude thérapeutique dont la précision devrait permettre une meilleure connaissance et une meilleure cure des ouvertures larges des kystes hydatiques dans les voies biliaires extra-hépatiques.

A - CLINIQUE

L'ouverture large des kystes hydatiques du foie dans la voie biliaire atteint l'adulte. Ceci s'explique par la lenteur de développement du kyste. Une vingtaine d'années sont nécessaires pour que le kyste atteigne un développement suffisant et se complique.

Dans le mécanisme de l'ouverture du kyste dans les voies biliaires, outre le développement propre du parasite, on peut invoquer le rôle joué par un traumatisme de l'hypochondre droit (Obs. N° 2 et N° 3).

La clinique se résume le plus souvent à un ictère rétentif d'installation progressive. Il a été retrouvé onze fois dans nos quinze observations (Obs. N° 2, 3, 4, 5, 7, 8, 11, 12, 13, 14 et 15). Cet ictère peut être :

- isolé (Obs. N° 4, 11, 12) ;
- fébrile (Obs. N° 5, 8, 10),
- ou intégré à un tableau d'angiocholite (Obs. N° 2, 6, 10 et 13).

L'ictère est fréquemment précédé ou accompagné de douleurs de l'hypochondre droit allant de la simple gêne jusqu'à la crise de colique hépatique typique (7 fois sur 15).

L'ictère peut être associé à des phénomènes allergiques d'intensité variable :

- éruption urticarienne ou scarlatiniforme (Obs. N° 2),
- prurit (Obs. N° 2, 8 et 15),
- voire choc anaphylactique (Obs. N° 1).

Plus rarement, l'histoire clinique peut débiter par une fièvre isolée, mais on notera l'apparition secondaire de l'ictère rejoignant ainsi l'aspect classique (Obs. N° 5 et 10).

La notion de contagion est facilement retrouvée par l'interrogatoire (séjour prolongé dans les zones d'endémie hydatique ou profession exposée).

L'examen clinique n'apporte que peu de renseignements positifs. Toutefois, la palpation de l'abdomen, et en particulier de l'hypochondre droit, peut révéler une tumeur de consistance ferme.

En fait, il n'existe aucun signe clinique pathognomonique de la lésion. L'examen clinique ne permet au mieux que de conclure à l'existence d'un ictère cholestatique.

C'est dire l'importance que prennent les examens complémentaires biologiques et radiologiques.

B - BIOLOGIE

Les examens biologiques vont permettre de confirmer la cholestase :

- test hépatique,
- sels et pigments biliaires dans les urines,
- phosphatases alcalines,

d'en rechercher l'étiologie :

- numération-formule sanguine, à la recherche

d'une hyperéosinophilie qui a été retrouvée 7 fois sur 15 ;

- l'examen des selles, à la recherche de vésicules hydatiques filles (Obs. N° 3 et 13) ;

- l'intradermoréaction de Casoni, qui a été pratiquée 7 fois sur 15. Elle a été positive 6 fois sur 7. Pour donner de bons résultats, la réaction doit être effectuée avec des antigènes actifs et purs et doit être réalisée dans des conditions techniques parfaites. Dans ces conditions, la réaction serait positive dans 88 % des hydatidoses.

Signalons enfin que l'injection d'extraits antigéniques dans le dermo modifie le taux des anticorps. Il est donc préférable de n'effectuer l'intradermoréaction de Casoni qu'après avoir prélevé l'échantillon de sang nécessaire à l'étude sérologique.

- Les réactions sérologiques de fiabilité plus récente sont actuellement les plus employées :

- . Fixation du complément (Weinberg) peu sûre.
- . Agglutination et hémagglutination passive : assez sensible et d'une bonne spécificité.
- . Précipitation en milieu gélifié (immunodiffusion simple ou immuno-électrophorèse).
- . Immunofluorescence.

Ces différentes techniques sérologiques permettent le diagnostic de 90 % des hydatidoses hépatiques. Enfin, il faut savoir qu'un certain nombre d'échinococcoses anciennes ne suscitent l'apparition d'aucun anticorps décelable par les méthodes actuelles.

Cependant, si la positivité des examens biologiques a une très grande valeur, il faut savoir que leur négativité n'infirme pas le diagnostic. La radiographie et la scintigraphie, associées à l'échotomographie et à l'hépatographie lipiodolée, d'introduction plus récente, seront d'un appoint plus précieux.

C - RADIOLOGIE.

C'est en partie sur l'examen radiographique que repose le diagnostic de fistule bilio-kystique témoin de l'ouverture large des kystes hydatiques dans les voies biliaires.

1°)- La radiographie de l'abdomen sans préparation est le plus souvent normale. Toutefois, elle peut montrer, assez rarement, des calcifications de l'hypochondre droit ou une surélévation de la coupole diaphragmatique droite.

2°)- La cholangiographie ou la cholécystographie standard sont difficilement réalisables en période ictérique. Cependant, pratiquées lors d'une rémission de l'ictère, elles peuvent parfois objectiver un obstacle sur la voie biliaire principale, sans pouvoir en préciser la nature (Obs. N° 9). (L'association kyste hydatique - lithiasse est fréquente).

3°)- L'artériographie sélective du tronc cœliaque, de la mésentérique supérieure et la scintigraphie hépatique montrent des lacunes vasculaires ou radio-actives, lorsque le kyste a une taille suffisante.

4°)- L'échotomographie associée à la scintigraphie hépatique permet le diagnostic topographique du kyste. Lacunaires sur la scintigraphie, les kystes engendrent l'aspect typique des collections liquidiennes pures à l'échotomographie. Les images sont cerclées, ovales ou arrondies, à limites nettes, précises et régulières. Le contenu, tout en étant liquide, présente quelquefois de fins échos traduisant la présence de sable hydatique ou de vésicules filles.

Cette technique permet également de faire le diagnostic différentiel entre les tumeurs pleines en voie de nécrose, les abcès et les kystes du foie.

5°)- L'hépatographie lipiodolée est réalisée par l'introduction d'une émulsion très fine de lipio-

dol dans le flux artériel, selon la même technique que l'artériographie classique. Il en résulte une opacification de tout le parenchyme hépatique persistant plusieurs semaines. Ceci permet de réaliser des tomographies dans tous les plans et de faire le diagnostic topographique de lésions dont le diamètre est inférieur à 2 cm.

Tous ces examens, associés à la biologie, permettent de faire le diagnostic de kyste hydatique du foie et d'en préciser très exactement la topographie; mais en aucun cas, ils ne font la preuve de la fistule bilio-kystique.

6°)- Plus intéressante est la cholangiographie rétrograde par cathétérisme de la papille sous duodénoscopie. Elle peut être pratiquée en période ictérique, dans la journée qui précède l'intervention. Elle réalise une bonne opacification de la voie biliaire principale et du kyste hydatique par l'intermédiaire de la fistule. Elle permet donc un diagnostic topographique et étiologique exact des lésions. L'importance de ces précisions est évidente pour l'accomplissement du geste chirurgical, mais elles ne dispensent pas de l'étude per-opératoire des canaux biliaires.

Au terme des examens clinique, biologiques et radiologiques usuels, il est des cas où le diagnostic différentiel entre ictère cholestatique par lithiase biliaire ou par ouverture large d'un kyste hydatique dans les voies biliaires est impossible à faire (ce d'autant plus que l'association n'est pas exceptionnelle).

Dans nos 15 observations, 14 malades ont été opérés (1 décès avant l'intervention par choc anaphylactique) : 7 l'ont été pour rupture d'un kyste hydatique du foie dans les voies biliaires, 2 pour lithiase cholédocienne, et 5 pour ictère chirurgical.

C'est encore souligner l'importance que doit

prendre la pratique de la cholangiographie rétrograde dans le diagnostic de ces lésions. Elle seule apporte la certitude pré-opératoire dans les cas douteux.

III - ATTITUDE THÉRAPEUTIQUE.

Le traitement du kyste hydatique du foie fistulisé dans les voies biliaires extra-hépatiques est chirurgical.

Nous envisagerons successivement :

- la conduite générale de l'intervention,
- les méthodes thérapeutiques et leurs indications,

tout en sachant, dès maintenant, que le traitement du kyste et que la réparation des lésions des voies biliaires posent des problèmes totalement différents.

I°- CONDUITE GÉNÉRALE DE L'INTERVENTION.

Quel que soit le type de l'opération envisagée, l'intervention chirurgicale :

a)- est réalisée sous anesthésie générale, avec compensation soigneuse des pertes de sang ; elle nécessite une large voie d'abord, médiane, sus-ombilicale agrandie au besoin en oblique à droite ou à gauche. Elle peut nécessiter une thoraco-phréno-laparotomie.

b)- comporte deux temps indispensables : un bilan lésionnel complet et la vidange du kyste.

= La vidange du ou des kystes sera pratiquée après une exploration manuelle du foie, afin de préciser la topographie et l'existence éventuelle d'autres kystes.

L'ablation du parasite est chose aisée ; encore faut-il prendre certaines précautions pour ne pas contaminer le champ opératoire, soit par du liquide hydatique, source de récurrence, soit par le contenu septique du kyste.

Après abord du kyste (incision variable selon le siège) et colmatage de la région avec des champs formolés, le kyste sera stérilisé par des injections de formol à 2 pour 1.000 ou, mieux, de sérum hypertonique salé. Pour ne pas faire éclater le kyste par hyperpression hydrostatique, il est prudent de ponctionner avec deux seringues, l'une vide, assurant l'évacuation partielle du liquide pendant que l'on pousse la solution paracide par l'autre seringue.

Au bout de dix minutes, on évacue le kyste en le ponctionnant à l'aide d'un gros trocart aspirateur. Si la manoeuvre est facile pour les kystes simples, elle est plus délicate pour les kystes ayant souffert, remplis de vésicules filles ou d'une sorte de pâte gélatineuse qui bouche l'aspirateur.

La lésion est ensuite ouverte et on évacue (à la cuillère) le reste du contenu, ou l'on cueille avec une pince en coeur la membrane prolifère.

Le premier temps est alors achevé. Les deux écueils majeurs de ce temps sont la contamination du champ opératoire et ... l'oubli d'un ou plusieurs autres kystes. C'est dire l'importance du :

= Bilan lésionnel complet qui précise :

- la topographie et le nombre des kystes ;
- le retentissement sur la voie biliaire :
- * Cholangiographie per-opératoire avec

radiomanométrie qui précise les rapports des kystes et des voies biliaires, l'état de la voie biliaire principale et du sphincter d'Oddi.

* Dans le même temps, il peut être utile de mélanger au produit de contraste du bleu de méthylène qui permet de visualiser le siège, la taille des fistules kysto-biliaires.

2°- LES METHODES THERAPEUTIQUES.

Une fois le kyste vidé et les lésions explorées, demeure le double problème du traitement de la cavité résiduelle et du traitement des lésions des voies biliaires.

A- Le problème de la cavité résiduelle.

Après évacuation du parasite, il persiste une cavité rigide, un espace mort, source d'infections secondaires.

Ce vide entretient indéfiniment la fistule biliaire en aspirant les liquides organiques. Cela peut être à l'origine de gravissimes déperditions liquidiennes. C'est un problème majeur de la chirurgie hydatique.

On peut classer les interventions en radicales, celles qui suppriment la cavité résiduelle, et palliatives, celles qui la laissent persister.

= Les méthodes radicales entraînent la guérison rapide et certaine de la lésion ; mais ce sont souvent des opérations majeures, délicates et, de ce fait, ne peuvent s'adresser qu'à des sujets résistants. Ce sont :

- l'hépatectomie,
- la kystectomie,
- la résection du dôme saillant.

a)- L'hépatectomie enlève la région porteuse du kyste. Elle est réglée par la ligature préalable

des pédicules. La section passe par un plan scissural. On peut, si un segment de la paroi du kyste est moulé contre la scissure, laisser un fragment en place, ce qui facilite l'opération.

C'est néanmoins un acte difficile, réservé au kyste nettement limité dans le foie, soit droit, soit gauche.

b)- La kystectomie, pour garder ce terme classique, est ^{la}résection de l'adventice du parasite, c'est-à-dire la coque du parenchyme hépatique refoulé et envahi par le tissu conjonctif.

C'est donc théoriquement une lame de parenchyme hépatique que l'on enlève. L'intervention est, de ce fait, difficile et hémorragique.

c)- La résection du dôme saillant est en fait la mise à plat d'un kyste relativement extériorisé du foie, à la condition formelle qu'il n'existe aucune fistule digestive.

Tout le dôme saillant de la coque est enlevé et celle-ci communique librement avec le péritoine ; au besoin, on peut la combler en y fixant le grand épiploon, si celui-ci est suffisamment volumineux.

= Les méthodes palliatives, au contraire, excessivement bénignes, laissent la cavité en place et sont souvent la source de nombreuses complications post-opératoires.

a)- La marsupialisation est certainement de loin la plus mauvaise opération. S'il existe une fistule, elle l'entretient et peut entraîner de graves déperditions liquidienues. La cavité se surinfecte ; elle ne s'oblitére que lentement ou pas, entraînant une suppuration de longue durée (possibilité de cachexie, d'amylose). Elle est difficile à proposer, puisqu'il existe ici une large communication avec un tronc biliaire.

Dans les meilleurs cas, la guérison n'est obtenue qu'au bout de plusieurs mois ou de plusieurs années.

En fait, elle ne peut être envisagée que comme opération de sauvetage chez un grand infecté.

b)- La réduction sans drainage.

Elle consiste en l'évacuation du contenu kystique, nettoyage soigneux, obturation des fistules biliaires et suture des berges de la plaie hépatique avec ou sans capitonnage. Elle expose dans quelques cas à la suppuration et à l'ouverture secondaire.

Cette méthode est donc à retenir chez les sujets fatigués et dans certaines localisations centro- ou rétro-hépatiques.

c)- La réduction avec drainage interne de la cavité résiduelle par une anse jéjunale montée en Y, anastomosée à la partie déclive du kyste, ou par une large sphinctéroplastie.

Parmi nos 14 opérés, 9 ont bénéficié d'une cure radicale de leur kyste hydatique.

- Résection du dôme saillant : 7 opérés (Obs. N° 4, 5, 6, 11, 12, 14 et 15) ;

- Kystectomie : 1 opéré (Obs. N° 3) ;

- Hépatectomie : 1 opéré (Obs. N° 9).

Les interventions palliatives vis-à-vis du kyste ont été pratiquées plus rarement :

- Marsupialisation : 1 opéré (Obs. N° 13) ;

- Réduction sans drainage : 1 opéré (Obs. N° 7) ;

- Réduction avec drainage interne (sphinctéroplastie) : 1 opéré (Obs. N° 10).

Ces trois interventions palliatives ont été pratiquées chez des sujets fatigués, suppurants chroniques

en angiocholite grave.

B- Le problème des voies biliaires.

Les complications biliaires doivent toujours être recherchées et la liberté de la voie biliaire principale doit être un souci constant lors du traitement du kyste hydatique du foie.

Au cours de l'intervention, il faut explorer soigneusement la surface hépatique et pratiquer une cholangiographie.

Lorsqu'un kyste superficiel paraît ouvert dans les voies biliaires, cette communication doit être affirmée par un écoulement biliaire franc ou contrôlée par cholangiographie ou par injection de bleu de méthylène.

En cas de kystes multiples, lorsqu'aucun kyste superficiel ne peut être incriminé, le kyste profond responsable doit être à tout prix décelé :

- par cholangiographie, après désobstruction éventuelle des voies biliaires ;
- par ponction exploratrice du parenchyme hépatique.

Le problème peut être très difficile, mais tout doit être mis en oeuvre pour éviter la méconnaissance du kyste rompu dans les voies biliaires qui équivaut à une véritable abstention thérapeutique (Obs. N° 2).

La fistule entre le kyste et la voie biliaire extra-hépatique étant prouvée, il faut s'assurer de la liberté de la voie biliaire et étudier le retentissement de cette fistule sur le sphincter d'Oddi, par l'exploration visuelle, le nettoyage de la voie biliaire principale et l'étude de la cholangiographie après cette toilette cholédocienne. Cette étude radiologique permet, de plus, de préciser le siège et l'étendue de la fistule.

- L'oddite est souvent responsable d'angiocholite, de rétention de débris hydatiques, et elle favorise la formation de lithiase cholédocienne.

- Le siège de la fistule :

- . canal hépatique droit,
- . canal hépatique gauche,
- . convergence,
- . cholédoque,
- . vésicule biliaire.

- L'étendue de la fistule :

- . simple érosion latérale facilement réparable,
- . ou au contraire véritable perte de substance interrompant la voie biliaire principale.

Après ce bilan complet des lésions des voies biliaires, on envisagera leur réparation.

1°)- En cas d'érosion latérale (dont la localisation la plus fréquente est le canal hépatique droit ou gauche), on procèdera :

- le plus souvent, à une suture de la brèche avec drainage de la voie biliaire principale, associé ou non à une sphinctérotomie (problème de l'oddite) (Obs. N° 5 et 11),

- ou, lorsqu'elle est possible, à une hépatectomie réglée qui solutionne les problèmes du kyste et de la voie biliaire (Obs. N° 9).

2°)- En cas de perte de substance de la voie biliaire (convergence des canaux hépatiques droit et gauche, canal hépatique commun et cholédoque), on pratiquera :

- si le siège de la fistule est proche de la convergence, le rétablissement de la continuité des voies biliaires par une anse jéjunale montée en Y sur la convergence (Obs. N° 15).

- si la fistule est plus bas située sur la voie biliaire principale :

• chez le sujet jeune et résistant, on pratiquera une anastomose par anse en Y ;

• tandis que, chez le sujet âgé ou très fatigué, on préférera une anastomose cholédoco-duodénale facile et de réalisation rapide, quoique moins bien supportée à long terme.

3°)- En cas de fistule cholécysto- ou cystico-kystique, il sera réalisé une cholécystectomie avec drainage de la voie biliaire principale par le drain de Kehr, associé ou non à une sphinctérotomie (problème de l'addite).

Sur nos 14 opérés, il a été pratiqué :

- 5 drainages de la voie biliaire principale par un drain de Kehr seul (Obs. N° 3, 5, 11, 12 et 14) ;
- 3 drainages de la voie biliaire principale par un drain de Kehr associé à une sphinctérotomie (Obs. N° 4, 8 et 9) ;
- 1 drain transpapillaire (Obs. N° 6) ;
- 1 sphinctéroplastie isolée (Obs. N° 10) ;
- 1 anse jéjunale montée sur la convergence (Obs. N° 13).

Parmi les 14 opérés, deux fois seulement la fistule a été traitée directement par suture ou hépatectomie, ce qui souligne le caractère nécessaire et généralement suffisant de la liberté de la voie biliaire principale.

Les suites opératoires ont été :

- très simples dans 12 de nos observations, avec guérison définitive au deuxième mois ;

- perturbées (Obs. N° 4) par un iléus paraly-

tique et une fistule biliaire qui a cédé spontanément en deux mois ;

- fatale (Obs. N° 2), le kyste responsable des lésions n'ayant pas été reconnu à l'intervention. Le malade est mort d'angiocholite.

La multiplicité des techniques opératoires proposées dans le traitement du kyste hydatique rompu dans les voies biliaires et de son retentissement sur ces dernières est la preuve qu'une technique standard ne saurait résoudre tous les problèmes.

CONCLUSIONS

DEPT. OF AGRICULTURE, WASHINGTON, D. C.

Les ruptures des kystes hydatiques du foie dans les voies biliaires extra-hépatiques ont en commun :

- leur retentissement sur la voie biliaire principale, avec son risque d'addite et de suppuration ;

- la difficulté habituelle de leur diagnostic, car c'est une lésion rare, facilement confondue avec la lithiase de la voie biliaire principale ;

- leur sanction thérapeutique, qui doit être chirurgicale.

I- L'étude parasitologique et anatomo-pathologique.

Elle démontre que le kyste hydatique du foie est dû au développement intra-hépatique de la larve du taenia echinococcus granulosus.

La migration du parasite dans l'organisme, à partir du tube digestif, explique les différentes localisations du kyste, le foie étant le plus fréquemment atteint.

La rupture du kyste dans les voies biliaires extra-hépatiques est un accident évolutif rare, entraînant des accidents aigus souvent révélateurs de la maladie hydatique.

II- Rupture des kystes hydatiques du foie dans les voies biliaires extra-hépatiques.

Elle se révèle le plus souvent par un ictère douloureux et fébrile, survenant chez un malade habitant une zone d'endémie ou exerçant une profession exposée à la maladie hydatique.

Parmi les examens complémentaires, certains permettent de suspecter la présence d'un kyste hydatique du foie, mais seule la cholangiographie rétrograde par cathétérisme de la papille sous duodénoscopie permet de visualiser la fistule kysto-biliaire avant l'intervention.

En fait, le plus souvent, le bilan exact des lésions ne sera fait qu'au cours de l'intervention chirurgicale nécessitée par cet ictère rétentionnel.

La cholangiographie per-opératoire et l'exploration instrumentale des voies biliaires sont indispensables pour objectiver le siège exact et l'étendue de la fistule bilio-kystique.

Au point de vue thérapeutique, l'attitude vis-à-vis du kyste et du parasite est actuellement bien codifiée. L'attitude, en ce qui concerne les lésions des voies biliaires extra-hépatiques, est donnée par le souci d'obtenir la liberté de la voie biliaire principale. Pour ce faire, il faut savoir rester éclectique et pouvoir s'adapter à chaque cas particulier.

Actuellement, grâce au progrès de l'anesthésie et de la réanimation permettant des interventions plus longues et plus choquantes, il semble que les interventions radicales, tant vis-à-vis du kyste que des voies biliaires, apportent une guérison rapide et sans séquelles.

VE & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

R. MALLET

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Xavier Bichat :

J. BAUMANN

Le Président de la thèse :

Pr. LANGLOIS

B I B L I O G R A P H I E

- 1- AL HASHIMI H.M.- Intra-biliary rupture of hydatid cyst of the liver.- Brit. J. Surg., 1971, 58, N° 3.
- 2- BRUMPT E.- Précis de Parasitologie.- Masson, éd., 1949, 751-770.
- 3- COUINAUD C.- Le traitement des kystes hydatiques du foie.- Semaine thérapeutique, Fév. 1965, N° 2.
- 4- DARNAUD, SOUTOUL, VOISIN, LEMOZY - A propos de l'évolution fatale de deux cas de kystes hydatiques rompus dans les voies biliaires.- Archives des Maladies de l'Appareil digestif, 1963, 82, N° 5.
- 5- DEMIRLEAU J.C.- Traitement des kystes hydatiques du foie.- Méd. Chir. digestive, 1973, 3, N° 1, p. 1/3.
- 6- DEVE F.- L'échinococcose primitive (maladie hydatique).- Masson, éd., 1948.
- 7- GOINARD, PELISSIER, STREICHENBERGER, CHAVENT et BOMEL - Traitement des kystes hydatiques du foie ouverts aux voies biliaires.- Lyon Chirurgical, 1970, 66, N° 1.
- 8- GOLVAN Y.J.- Eléments de parasitologie médicale.- Flammarion, éd., 1969, 123-141.
- 9- GRIMOUD, MALECAZE, ESCAT, SAURY, DAMBRI et GOUZI - Le kyste hydatique du foie avec fistule biliaire

(à propos de six cas).- Archives Françaises des Maladies de l'Appareil Digestif, 1967, 56, N° 2.

- 10- GRUSDIDIER, GAUCHER et PREAUT - Ictère par rétention consécutif à une fistulisation dans les voies biliaires d'un kyste hydatique.- Semaine des Hôpitaux de Paris, 1970, 46, N° 1, p. 2637-2638.
- 11- GUEDJ, GAIROARD, MORVAN et BOGAERT - Le traitement chirurgical actuel du kyste hydatique du foie et de ses principales complications. A propos d'une statistique de 600 kystes opérés.- Journal de Chirurgie, Fév. 1967, T. 93, N° 2, 191-216.
- 12- HARRIS J.D.- Rupture of hydatid cysts of the liver into the biliary tracts.- Britain J. Surg. 1965, 52, N° 3.
- 13- KOURIAS B.- Complications principales des kystes hydatiques du foie. Leur thérapeutique actuelle.- Journal de Chirurgie, Juillet-Août 1967, T. 94, N° 1-2, 34-52.
- 14- KOURIAS B., MANTONAKIS S.- Kystes hydatiques du foie rompus dans les voies biliaires. Règles thérapeutiques actuelles.- Journal de Chirurgie, Juillet-Août 1968, T. 96, N° 1-2, 21-36.
- 15- LAMARQUE J.L., SENAC J.P., BRUEL J.M., de SARS P. et BOULET P.- Notre expérience en hépatographie aux liposolubles.- Annales de Radiologie, 1973, 16, N° 11-12, p. 693-707.
- 16- LAPIERRE J. et HOLLER C.- Notions épidémiologiques et cliniques de parasitologie.- Le Concours Médical, 1974, N° 12, 206-212.
- 17- NYQVIST - Echinococcosis unilocularis hepatic with

- cyst rupture into the biliary duct. Report of one case.- Acta Chir. Scandinavia, 1969, 135, 549-551.
- 18- PLANIOL, CHENILLE - L'échotomographie associée à la scintigraphie en hépatologie.- Médecine et Chirurgie digestives, 1973, 2, N° 5, 255-263.
- 19- PROSCIA - Rupture of an echinococcal cyst of the liver into the bile ducts.- Arch. Sc. Med., 1968, 125, 27-30.
- 20- SCHILLER C.F.- Complications of Echinococcus cyst rupture. A study of 30 cases.- J.A.M.A. 1966, 195, 220-222.
- 21- SOLER-ROIG J.- Les perforations hydatiques dans les voies biliaires.- Pre. Med. Argent., 1968, 54, N° 21-22.
- 22- STATTI, BOUZA, METTLER et BARRY - Complications biliaires de la maladie hydatique du foie.- Pre. Med. Argent. 1968, 55, N° 29, 1383-1385.
- 23- VARELA, ANELL et ARVIA - Kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires.- Pre. Med. Argent., 1968, 55, N° 29, 1398-1401.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Page
- INTRODUCTION.....	17
- REVUE DE LA LITTÉRATURE	21
- PARASITOLOGIE ET ANATOMO-PATHOLOGIE	25
- OUVERTURE LARGE DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE DANS LES VOIES BILIAIRES EXTRA-HEPATIQUES	35
Observations cliniques	37
Synthèse	66
Clinique	66
Biologique	67
Radiologique	69
Attitude thérapeutique	71
- CONCLUSIONS	81
- BIBLIOGRAPHIE	85
